

**Lígia Moreira Almeida**

Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIEE)  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade do Porto, Portugal  
Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship

ligia\_almeida@fpce.up.pt

**José Caldas**

Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIEE)  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade do Porto, Portugal  
Instituto de Saúde Pública  
Faculdade de Medicina  
Universidade do Porto, Portugal  
Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship

jcaldas@fpce.up.pt ◦ healthandcitizenship@fpce.up.pt

## **Ser imigrante, Ser mulher, Ser mãe: Diáspora e Integração da Mulher São-tomense em Portugal**

Os imigrantes são-tomenses, particularmente mulheres em diáspora, enfrentam frequentes dificuldades na integração precoce, mas ao longo do tempo e entre gerações, esse processo é geralmente bem-sucedido. Este estudo resulta da recolha de informação privilegiada entre o contingente feminino são-tomense com residência na área metropolitana do Porto, através de entrevistas semiestruturadas com membros da Associação Cívica de São Tomé. Da investigação em curso, antevê-se que a maioria das queixas incide sobre a interpretabilidade da lei e sua usurpação por parte de quem recebe os imigrantes. Paralelamente, a crescente burocratização associada às Instituições que o Estado Português disponibiliza para superintender a entrada dos imigrantes em território nacional revela-se extremamente danosa, vincando nos seus percursos de vida as vulnerabilidades decorrentes do processo migratório.

Palavras-chave: imigrante, mulher, São-Tomense, mãe, diáspora, saúde materno-infantil

Sao Tomean immigrants, particularly women in the diaspora, frequent face difficulties in early integration, but over time and between generations, this process is usually successful. This study resulted from the collection of privileged information among the Sao Tome women residing in the metropolitan area of Porto, through semi-structured interviews with members of the Sao Tome Civic Association. In the ongoing investigation, it's anticipated that most complaints relate to the interpretability of the law and its usurpation by the persons who receive immigrants. Simultaneously, the growing bureaucracy associated with the Institutions that Portuguese Government provide to supervise the entry of immigrants in the country seems to be extremely harmful, perpetuating in their life courses the vulnerabilities resulting from the migration process.

Keywords: immigrants, women, Sao Tomeans, mother, diaspora, maternal and child health

## Estado da Arte

As tendências migratórias representam oportunidades de evolução irrefutáveis para a União Europeia, atendendo a necessidades específicas do mercado de trabalho, essenciais à manutenção (reconfiguração?) da estrutura social europeia, e para a retoma do desenvolvimento económico e cultural. Em Portugal, nos últimos anos, os censos demonstram que os fluxos migratórios desempenharam um importante papel contrariando o envelhecimento demográfico (natalidade decrescente entre mulheres autóctones, sendo as migrantes que mais contribuem para a manutenção das taxas de fertilidade, fecundidade e nascimentos) (Caldas, 2007; Padilha & Miguel, 2009; Padilha et. al, 2009).

Portugal tem demonstrado empenho em melhorar a integração dos imigrantes, através de uma série de políticas inclusivas, favorecedoras da legalização e reunificação familiar, apresentando um enquadramento teórico legal de livre acesso aos cuidados de saúde. Os mais recentes fluxos migratórios (num quadro social anterior à crise económica mundial, sendo que não existem dados atualizados que não puramente empíricos do enquadramento da realidade contemporânea) mostram, concordantemente, a feminização da migração e a participação crescente das mulheres imigrantes na demografia europeia (Dias & Rocha, 2009; Fonseca et al., 2009; Martins et al., 2010).

### Saúde como barómetro de inclusão

Um dos mais nobres desafios acometido pelos fenómenos migratórios prende-se com a prestação universal e equitativa de cuidados de saúde, sendo fulcral a acessibilidade e qualidade de serviços, independentemente do sexo, etnia ou país de origem – saúde como direito universal (Padilla, 2008; Fernandes & Miguel, 2009). Saúde e garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes, consistindo uma das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e direitos civis (Dias & Rocha, 2009; Ingleby, Chimienti, Hatziprokopiou, & Freitas, 2005; Padilla & Miguel, 2009; Padilla, Portugal, Ingleby, Freitas, & Lebas, 2009).

A evidência científica mostra que as populações imigrantes têm um maior risco de contrair doenças, tais como doença cardiovascular, evidenciando taxas mais elevadas de prevalência de diabetes e mortalidade associada ao cancro, em comparação com as populações nativas; os migrantes apresentam igualmente maior risco de contrair doenças infecciosas como a tuberculose, HIV/AIDS e hepatite (Rumbold et al., 2011). Evidenciam ainda um maior risco de sofrer de doença mental, incluindo depressão, esquizofrenia e *stress* pós-traumático, como resultado da interação de determinantes psicossociais específicos (Bunevicius et al., 2009).

Linhas de investigação contemporânea em saúde, desenvolvendo ideias mais ou menos recentes, têm vindo a recuperar tendências de pesquisa ora desenvolvidas ora estrategicamente abandonadas (e.g. epidemiologia social), e que atribuem um papel preponderante aos aspetos sociais no desenvolvimento e experiências de doença. Assim, torna-se premente considerar os contextos onde residem e se movem os contingentes migrantes nos países de acolhimento a fim de compreender os comporta-

mentos de saúde, as especificidades culturais e as crenças que os acompanham na demanda pela procura de serviços e as trajetórias de doença, concebendo a saúde no contexto onde ela se desenvolve, articulando constructos de pobreza, nível socio-económico e educação na determinação do estado de saúde, favorecendo a compreensão de alguns fenómenos epidemiológicos que se revelam de extrema utilidade nas linhas de investigação em saúde pública (Barradas, 2005; OMS, 2010).

A equação explicativa da saúde individual e coletiva é efetivamente complexa, multivariável e multimodal. Ao domínio biológico, bioquímico da saúde física há que acrescentar, como verificado, todo um *background* sociológico e contextual associado a variáveis sociais, culturais e educativas, mas também o mundo da experiência psicológica individual inerente à migração, à experimentação do processo migratório e dos desafios pessoais que daí advêm. Assim, é impossível conceber a saúde sem considerar características pessoais como a resiliência, a tolerância à frustração e a gestão do *stress* mediante um contexto de frequente isolamento e ausência de suporte social. Investigadores internacionais começam a debruçar-se sobre os efeitos do *stress* racial em mulheres africanas de diferentes gerações migratórias, identificando-o como um dos fatores causais para as altas taxas de parto prematuro (Harutyunyan, 2008; Gushulak, Pace & Weekers, 2010). O *stress* crónico pode interferir e deteriorar o funcionamento do sistema hormonal e imunológico, exacerbando funções inflamatórias e comprometendo a eficiência das ações metabólicas (Harutyunyan, 2008).

Deste modo, fatores sociais e psicossociais frequentemente induzem uma vulnerabilidade crescente durante a gravidez (complicações psicopatológicas antes e/ou após o parto - depressão pós-parto, psicose e depressão (Bunevicius et al., 2009; Rumbold et al., 2011) - exacerbada por stressores associados ao processo de migração), pelo que os cuidados de saúde materna e infantil devem ser alvo de especial atenção (Bunevicius et al., 2009; Canavarro, 2001; Martins, Faria, & Lage, 2010). Estudos demonstram que o cortisol proveniente de uma grávida que padeça de altos níveis de *stress* durante a gravidez (e.g. passíveis de serem aumentados através acontecimentos de vida significativos, potencialmente stressantes, de que são exemplo as experiências de migração) tem uma elevada probabilidade de entrar no feto pelas através das trocas placentárias. A passagem excessiva de cortisol para o feto faz com que este sofra uma acentuada e mais rápida maturação, aumentando o risco de um nascimento prematuro, de baixo peso ao nascer (e.g. complicações de restrição de crescimento intrauterino), resultando num desenvolvimento empobrecido do córtex pré-frontal e favorecendo problemas de comportamento no futuro (Harutyunyan, 2008). Numa exploração preliminar dos indicadores gerais de saúde disponibilizados para a caracterização das populações migrantes, verifica-se tendencialmente que este contingente apresenta mais complicações sexuais e reprodutivas, os resultados da gravidez tendem a ser empobrecidos (incidência superior de bebés pré-termo e com baixo peso ao nascer), maior mortalidade materna, neonatal e infantil, mais abortos espontâneos, uma maior incidência de depressão pós-parto, seguimento ginecológico irrisório e educação pré-natal precária. (Machado et al., 2007; Carballo, 2009).

Investigação recente tem ainda demonstrado que mulheres provenientes do conti-

nente Africano apresentam diferenças sociobiológicas e culturais que podem contribuir para que consistentemente evidenciem piores resultados obstétricos e perinatais (baixo peso ao nascimento, e partos prematuros, mais complicações durante a gravidez, maior morbilidade e mortalidade materna) (Savona-Ventura, Buttigieg & Gatt, 2009). Estas mulheres também apresentam diferenças culturais relativamente aos cuidados obstétricos esperados e procurados, bem como perante perdas perinatais que podem causar problemas no atendimento e na gestão do processo terapêutico para os médicos assistentes. Por este motivo, é recomendável uma prestação de especial atenção relativamente aos conhecimentos e concepções das imigrantes, principalmente ao do coletivo Africano, a fim de melhorar a utilização e adequação nos padrões de procura dos cuidados adequados às suas necessidades, dada a presença de variados fatores e determinantes que, a existir, tendem a concorrer sistematicamente para originar resultados de saúde adversos, nomeadamente na área da saúde materna e infantil (Sosta et al., 2008; Savona-Ventura et al., 2009; Schutte et al., 2010; Reeske et al., 2011).

## **Metodologia**

O presente artigo resulta de um Projeto de Investigação financiado pela FCT, “Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes” (Ref.: PTDC/CS-SOC/113384/2009), ainda a decorrer.

No âmbito da investigação encontra-se o estudo e observação da “cidadania da saúde” e seus determinantes, visando a saúde das mulheres imigrantes grávidas e o acesso aos cuidados de saúde materno-infantis como um elemento fulcral para a promulgação dos direitos da cidadania em Portugal.

## **Objetivos**

Os objetivos da investigação original prendem-se com a análise do papel da cultura da população imigrante e autóctone com o intuito de perscrutar se existem desigualdades nos acessos aos cuidados de saúde materna, considerando todos os atores deste contexto. Pretende-se ainda proporcionar ferramentas essenciais às boas práticas no domínio dos cuidados da saúde materna, pelo desenvolvimento de uma avaliação multimétodo das necessidades de saúde desta população, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e de indicadores nacionais de saúde.

## **Participantes**

Este projeto tem como participantes principais grávidas/mães recentes imigrantes (grupo denominado experimental) e portuguesas (grupo de comparação), residentes na área metropolitana do Porto. As imigrantes são filhas de pais estrangeiros e nasceram elas próprias fora do território nacional: países de Leste, Brasil e PALOP's (grupos étnicos mais representativos do contexto imigratório português). Desta conjuntura, destacámos e analisámos os discursos e experiências das mulheres oriundas de São Tomé e Príncipe, junto das quais se procedeu à explicação geral do estudo e objetivos, monitorização de autorização para a realização de gravações áudio das entrevistas, interesse e *compliance* em participar desta pesquisa, bem como recolha

de consentimento informado.

## **Procedimentos**

O protocolo da investigação original segue uma metodologia de recolha e análise de dados mista (interface quantitativa e qualitativa). A amostra foi intencional, e respondeu aos seguintes critérios de inclusão: foram recrutadas mães recentes, com crianças de idade inferior a 36 meses (contemplando todo o espectro da idade fértil), residentes no Porto e AMP, cujos pais não tenham nascido em Portugal (no caso das migrantes), com disponibilidade e interesse em participar na investigação.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas (num total de 30), atendendo à nacionalidade/proveniência das mulheres: seis a mulheres dos PALOP (considerando, à partida, a limitação inerente às diferenças culturais entre países aqui incluídos), seis a mulheres de Leste, seis a brasileiras e seis portuguesas, em fases similares de puerpério/maternidade.

Um dos focos primordiais da pesquisa reside em aferir se os dados recolhidos qualitativamente (entrevistas semiestruturadas) convergem com indicadores numéricos (recolhidos através de um desenho de estudo caso-controlo), pelo recurso a técnicas de triangulação. Após a recolha dos dados qualitativos, efetuou-se uma interpretação compreensiva da informação resultante (análise de conteúdo e categorias de informação emergidas), a ser posteriormente confrontada com dados quantitativos. Pela especificidade metodológica anteriormente descrita, também se pretende uma participação curta e precisa de profissionais de saúde e *stakeholders* específicos (e.g. dirigentes associativos, Autarquia), como intermediários primordiais de contacto com as populações-alvo (entrevistas informais).

O presente artigo reverte sobre os primeiros dados qualitativos recolhidos, pela aposta deliberada na perspetiva holística e de compreensão de informação sensível na ótica dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde, que permita identificar e entender os padrões de procura, o acesso e a utilização efetiva dos serviços disponibilizados. Através de estratégias qualitativas (entrevistas semiestruturadas), pretendeu efetuar-se o levantamento de necessidades percebidas e desafios culturais que potencialmente influenciam as percepções subjetivas da população migrante (Dias, Gama e Rocha, 2010), e que podem condicionar a procura e adesão às terapêuticas e a efetivação de comportamentos de saúde aconselhados.

## **A Realidade das Imigrantes São-Tomenses: Resultados Qualitativos**

Procurou efetuar-se uma análise sistemática dos dados sobre as informações recolhidas entre o contingente feminino são-tomense (que envolveu um processo de busca e organização de transcrição de entrevistas, notas de campo e demais matérias), com o objetivo de aumentar a compreensão desses mesmos materiais (Bogdan & Binklen, 1994) através de técnicas de análise de conteúdo. Segundo Terrasêca (1996, p. 67), “a análise de conteúdo tem por finalidade desopacitar o material analisado, permitindo desvendar os sentidos escondidos ou presentes de modo subliminar.” Tendo os constructos anteriores como ponto de partida, procurou apreender-se unidades de

análise a partir de categorias informacionais emergentes dos discursos das mulheres são-tomenses, essenciais à elaboração de uma grelha de leitura concisa para codificação e análise dos dados.

Estabeleceram-se assim três categorias principais, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde (1), Saúde Geral, Sexual e Reprodutiva (2), e Processo Migratório (3), cada uma com diversas subcategorias (ver Tabela 1). Para todas elas se procurou obter e veicular excertos elucidativos dos discursos das mães são-tomenses, que se reunirão de seguida.

A primeira categoria informativa, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, constitui-se de seis subcategorias: a) Acesso ao SNS; b) Percepção sobre o acesso/qualidade; c) Comparação dos serviços Portugal – São Tomé; d) Barreiras; e) Facilitadores; e f) Falhas, necessidades e/ou sugestões de melhoria. Tomando esta subgrelha de análise, encontraram-se algumas informações relevantes que dão conta da necessidade de deslocação do ponto de atenção e enfoque das políticas de saúde pública da garantia de acessibilidade das imigrantes grávidas aos cuidados de saúde (preposição relativamente alcançada a nível nacional) para a asseguuração da qualidade na prestação destes cuidados destes cuidados (tendência que se verifica na maioria dos países europeus que partilham da premissa da saúde como direito universal) (Éssen et al., 2002; Malin & Gissler, 2009; Fedeli et al., 2010).

No que concerne à subcategoria “Acesso ao SNS”, as são-tomenses referem não ter experienciado entraves significativos quanto à acessibilidade aos serviços de saúde e repercussão nos cuidados recebidos, salientando-se a atenção generalizada do sistema nacional de saúde para com as grávidas, nacionais ou migrantes.

E1: *Eu sempre que necessário recorro ao serviço nacional de saúde, mesmo para fazer uma consulta diária em vou ao centro de saúde e consigo a consulta. Mesmo nas urgências também (...)*

A4: *Sempre que preciso, vou lá (...)*

E3: *Várias vezes, já estou em Portugal há muitos anos (...)*

No que concerne à subcategoria “Percepção sobre o acesso/qualidade”, existe a referência à satisfação com o atendimento, nomeadamente nos serviços de maior proximidade (cuidados de saúde primários), que as próprias mulheres associam à experiência de gravidez e maternidade.

E1: *Das vezes que eu fui (ao SNS), graças a Deus fui bem atendida, foi rápido também um bocado... E foi bem, correu tudo bem...*

A4: *Eu fui bem atendida, pronto, quando eu estava de bebé. Sempre fui bem atendida (...)*

D3: *No centro de saúde, sempre tive um bom atendimento. Só no hospital é que houve de vez em quando pequenas divergências (...)*

Relativamente à “Comparação dos serviços Portugal - São Tomé”, existe tendencialmente uma perspetiva de melhor qualidade dos serviços e do atendimento nos

serviços de saúde públicos em Portugal, tal como esperado, identificando-se algumas semelhanças particularmente quanto ao tempo de espera para atendimento.

E1: (...)acho que lá a demora, a espera é igual. Só que (...)aqui tem médicos com melhor capacidade (...). (em São Tomé) Há poucos especialistas (...), acho que também é devido a condições do país, faz com que... (...) tratamento, exames e essas coisas, demora mais tempo em relação aqui.

A4: (...) no caso de ficar à espera para ser chamada, é igual. (em Portugal) Atendem as pessoas melhor, com mais cuidado, mais atenção.

No que diz respeito a “Barreiras”, os discursos são variáveis uma vez que se relacionam com experiências e percursos pessoais, maioritariamente idiossincráticos, sobre a percepção de dificuldades a vários níveis, e sobre até que ponto estas interferiram e prejudicaram os objetivos e intenções de demanda por determinados serviços e especialidades clínicas.

E1: Acho que a principal barreira foi por não ter o cartão (de utente). (...) porque quando cheguei, eu vim com uma filha (...) e através dela é que eu consegui o cartão... aquele papel de utente.

A4: (...) não tive nenhuma dificuldade, nada.

Relativamente a aspetos “Facilitadores”, estes são percebidos como relativamente escassos entre as mulheres são-tomenses, destacando-se algumas configurações circunstanciais e exceções referentes a protocolos de cooperação em saúde entre o Estado Português e o de São Tomé.

E1: O que facilitou... a ter esses serviços acho que foi mesmo por vir com a bebé... Porque acho que se fosse por vir sozinha e fazer uma consulta, acho que não conseguia porque não tenho cartão de residência.

D3: (...) eu acho que se calhar tem a ver com acordos dos países, acordos de cooperação e saúde (...)

As mulheres são-tomenses identificaram ainda “Falhas, necessidades e/ou sugestões de melhoria” destes serviços, predominantemente dirigidas a uma visão estatal, de políticas sociais e de saúde pública insuficientes para uma resposta adequada às necessidades que evidenciam (ainda afastada da necessária humanização e interculturalidade ao nível das práticas).

E1: (...) uma boa compreensão do Estado Português em relação às suas imigrantes, porque enquanto uma pessoa não tiver documentos, não pode inscrever em certos sectores cá... Acho isso um pouco errado, eu trabalho, faço desconto para a segurança social, faço tudo, e mesmo assim não posso ter cartão porque vou ter de esperar 2 anos.

E3: (...) faltam mais acordos de cooperação entre os países para facilitar acesso dos uten-



*tes, dos imigrantes aos centros de saúde (...)*

A segunda categoria de informação, Saúde Geral, Sexual e Reprodutiva, abrange sete subcategorias distintas: a) Estado de saúde; b) Acesso aos cuidados de saúde materno-infantis; c) Dificuldades e estratégias para as ultrapassar; d) Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde; e) Consequências da qualidade de atendimento; f) Métodos anticonceptivos – Informação; e g) Métodos anticonceptivos – Uso e decisão. Verifica-se, na generalidade, que as mulheres são-tomenses apresentam bons níveis de saúde geral e reprodutiva antes de imigrarem, com algumas exceções pontuais. Identificam maioritariamente barreiras burocráticas e/ou de desinformação por parte de pessoal não técnico (e.g. serviços administrativos e de secretariado) numa primeira abordagem aos serviços especializados. Avaliam, uma vez mais, muito positivamente os cuidados recebidos, nomeadamente ao nível do planeamento familiar e contraceção, mas tendem a não identificar potenciais experiências de sub-qualidade nos atendimentos, não as relacionando posteriormente com eventuais consequências adversas.

Considerando a primeira subcategoria, “Estado de Saúde”, observa-se que os conteúdos emergidos são variáveis. As imigrantes são habitualmente saudáveis, apenas reportando problemas de saúde *minor* ou facilmente resolvidos aquando da chegada a Portugal por já se encontrarem erradicados no nosso país.

E1: (...) *problemas de estômago que eu sempre tive, e infecção (rubéola, nas duas gravidezes...).*

A4: *Problemas de saúde era do estômago (...)*

E3: *Antes de imigrar nunca tinha problemas de saúde.*

D3: (...) *o problema de saúde que eu tinha era Paludismo (...)*

No que diz respeito ao “Acesso aos cuidados de saúde materno-infantis”, uma vez mais as mulheres tendem a reportar uma elevada satisfação com o atendimento e a qualidade dos cuidados recebidos durante a gravidez e puerpério, associando a atenção recebida e a acessibilidade à condição de grávida / mãe recente. A registarem-se, as reclamações revertem invariavelmente sobre os profissionais dos serviços administrativos dos cuidados de saúde primários; as imigrantes tendem a referir estes profissionais como, por vezes, desconhecedores dos direitos da mulher imigrante grávida, podendo dificultar indevidamente o acesso aos serviços.

E1: *Desde que soube que estava grávida fui ao centro de saúde e... eu não sei se é porque eu contei à médica que já tive uma filha com problemas genéticos, (...) fui muito bem atendida e estou sendo (...)*

A4: *Quando tive grávida dele (aponta o filho), tive alguns problemas de planeamento familiar... fui à urgência do Hospital Júlio Dinis, atenderam-me muito bem.*

No que concerne à subcategoria “Dificuldades e estratégias para as ultrapassar”,



observa-se que algumas imigrantes são-tomenses são propensas e revelar barreiras linguísticas (que não identificaram como existentes anteriormente).

*E1: (...) eu perguntei o que ela falou comigo, eu não entendi e voltei a perguntar... falamos português, mas o nosso português é diferente de cá, e ela falou de um jeito que eu não compreendi, voltei a perguntar (...)*

A “Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde” é reportada genericamente como muito boa e satisfazendo as necessidades e expectativas das mulheres são-tomenses. No entanto, voltam a emergir categorias de informação que as mulheres não identificam como comprometedoras da qualidade dos serviços recebidos, mas que dão conta de algumas dificuldades colocadas por parte de certos profissionais de saúde.

*E1: Humm... um pouco de mau humor..., má disposição, mas nunca exaltaram comigo.*

*D3: (...) lá no centro de saúde disseram que ela (filha) já não podia fazer consulta no centro de saúde porque, como alteramos residência, tinha de ser no novo centro de saúde. E no novo centro de saúde, ela grávida já de 3 meses e tal, não aceitaram ela... Tivemos de recorrer à maternidade.*

A não identificação destes aspetos como barreiras subliminares à equidade das práticas clínicas, quando presente, pode resultar de forma perniciosa em termos das “Consequências da qualidade de atendimento”. Salienta-se a experiência traumática, vivenciada por uma mãe que perdeu a primeira filha, e que dá conta da falta de informação e diálogo de que esta mulher foi alvo por parte dos profissionais de saúde com quem contactou (quer devido, uma vez mais, a barreiras de comunicação e compreensão, quer devido a uma relação descuidada médico-paciente, independentemente do acompanhamento clínico que a mãe reporta como negligente).

*E1: Vou ter sempre problema de entender o que aconteceu (morte da filha)... Porque os médicos não foram explícitos comigo. (...) eu acho que houve um pouco de negligência da parte deles. (...) só sei que me disseram que a anestesia passou à bebé. Que foi um pouco a mais. E ela não conseguiu resistir... à anestesia. Acho que para ela não conseguir resistir, a anestesia foi tanta... só pode ter sido... Mas depois, eu quis entrar com um processo ao Hospital de Santa Maria onde estávamos, em Lisboa, mas houve..., quer dizer, houve uma... um apoio dos médicos lá, tive muita atenção, tive isso e aquilo, de maneira a que... de maneira a que eles me calassem para que eu não entrasse com o processo.*

Relativamente à subcategoria “Métodos anticonceptivos – Informação”, os serviços de consulta e planeamento familiar disponibilizados pelos cuidados de saúde primários são frequentemente elogiados e tidos como um exemplo de bom funcionamento pelas mulheres são-tomenses, que se consideram geralmente bem informadas no que concerne à contraceção.

E1: *Antes (de engravidar) comecei a usar há coisa de, menos de um ano e, graças a Deus fui muito bem informada e acompanhada pelo médico e pela enfermeira do serviço de saúde (...)*

A4: *Eu acho que estou bem informada (...)*

Ainda no que diz respeito à contracepção, subcategoria “Métodos anticonceptivos – Uso e decisão”, verifica-se que a escolha do método parte com regularidade de uma colaboração entre a própria mulher e um profissional de saúde, sendo que, por vezes, mediada pela opinião do marido.

E1: *Fui eu que decidi. (...) eu antes falei com o médico porque queria tomar a pílula, e... comecei pela primeira vez e (o médico) indicou-me um comprimido. (...) juntos, fizemos a escolha.*

A4: *Eu é que sei o que escolho. (quem participa na escolha)... é o meu marido.*

D3: *A primeira vez foi o farmacêutico. Depois quando fui ao centro de saúde, ela (médica) indicou qual seria o melhor a ser utilizado.*

Por fim, a última categoria informacional emergida diz respeito ao “Processo Migratório”, de onde se destacaram seis subcategorias: a) Duração da estadia em Portugal; b) Motivos subjacentes ao processo migratório; c) Adaptação ao país; d) Situação documental; e) Percepção sobre as Instituições de apoio; e f) Avaliação da experiência de migração. Nalgumas subcategorias transversalmente se observam reclamações recorrentes sobre a crescente burocratização do processo de autorização de residência, vistos de estudo e permanência, condutores à regularização da estadia destas mulheres. São incontáveis as histórias e experiências, vividas ou presenciadas em primeira mão que dão conta da inflexibilidade e desarticulação informacional entre os vários serviços estatais, e entre estes e os Consulados, que resultam numa soma interminável de prejuízos pessoais e financeiros para os imigrantes, em particular para estas mulheres, mas também para o Estado Português.

No que se refere à “Duração da estadia em Portugal”, procurou-se deliberadamente abranger mulheres com diferentes experiências no intuito de incrementar a compreensão sobre os fenómenos que foram sendo alvo de questionamento e análise. Neste sentido, a amostra é intencionalmente heterogénea de forma a permitir leituras diferenciadas sobre os percursos, barreiras e superações em contraponto com o tempo de permanência no nosso país.

E1: *...há 3 anos...*

A4: *Há 7 anos.*

E3: *Deixa ver..., há 14 anos!*

D3: *Estou em Portugal há cerca de 20 anos.*

Numa breve exploração acerca dos “Motivos subjacentes ao processo migratório”,

verifica-se que estes são muito distintos, mas trazem inerente uma vontade de melhorar as condições de vida que existiam em São Tomé, nomeadamente através dos estudos.

E1: (...) eu vim, como eu disse, com minha filha de Junta, num acordo entre o Estado Português e Estado São Tomense, mas ela chegou e faleceu logo (...). (...) decidi ficar para estudar.

A4: Decidi imigrar porque em São Tomé a vida não estava bem estabilizada, por isso é que recorri aqui para ver se conseguia organizar-me melhor.

E3: Na altura vim de férias, no dia da viagem cá, alejei uma perna, e... acabei por ficar quase um mês sem poder fazer muito. E como estava aqui o meu marido, fui ficando mais um mês, mais um mês... e até hoje (...)

D3: (...) vim com uma bolsa de estudo que perdi logo no segundo ano, ou seja no 1º ano de curso. Ou seja, porque eu fiz o 12º ano aqui no Carolina Michaelis, e depois o primeiro ano nas Biomédicas, e bolsa de Gulbenkian (antes era, agora não sei se é), mal reprova-se, perde-se logo a bolsa. E então aí começaram as dificuldades, e tive de trabalhar, praticamente suspendi... Quer dizer, mantive a matrícula na faculdade mas sempre a trabalhar.

No que se refere à subcategoria “Adaptação ao país”, muitas vezes sobressai a angústia de quem deixou filhos em São Tomé para abraçar novos desafios e oportunidades. Outros aspetos variados emergem, como o clima ou determinantes circunstanciais específicos. As mulheres que estão há mais tempo em Portugal referem que, ao longo dos últimos anos, o racismo foi sendo diluído, sendo que a sua integração ficou facilitada pelo emprego ou pela vinda de família e restituição de laços de suporte.

A4: Assim que cheguei, comecei a trabalhar e pronto (...). Minha preocupação era porque deixei também lá os filhos, sempre pensava nos filhos (...)

E3: A adaptação foi difícil, tive muita dificuldade em arranjar emprego. Depois era o racismo, na altura, era muito “à vista”, e foi complicado. E o clima?!!

D3: A adaptação também foi um bocado difícil, a primeira dificuldade foi de, do clima... é muito diferente, vim no Inverno, saí de lá com cerca de 27 graus, vim apanhar 10-5 graus. (...) também foi mais difícil ainda porque tinha deixado duas filhas crianças, de 3 e 5 anos, em S. Tomé...

Considerando a subcategoria “Situação documental”, aparecem as mais fortes fontes de descontentamento e prejuízos pessoais. A totalidade das imigrantes refere ter-se sentido discriminada, mal atendida ou mal informada, no decorrer do processo de legalização, independentemente da situação documental no presente.

E1: (...) até agora, como eu disse, por causa dos documentos que não tenho, não posso estudar... (no IEFP) eles disseram que a lei que tem no meu passaporte, por ser uma lei de Junta médica, não permitia eles arranjam-me um emprego... e eu tinha de fazer isso

*por conta própria, e foi isso que aconteceu.*

A4: (...) *tudo bem, tudo regularizado.*

E3: (...) *não tive dificuldades, uma vez que meu marido estava aqui, e estava legalizado. Através dele consegui a documentação.*

D3: *Os meus filhos estão com esse problema, tanto um como o outro. Foram renovar (visto de residência), e até agora já vai há um ano... e até agora não conseguiram, ainda não têm documento. (no SEF) Vão adiando sempre, adiando sempre... até aspirar prazo e depois...*

Este sentimento de insatisfação relativo à “Percepção sobre as Instituições de apoio” e insuficiência dos serviços é manifesta nomeadamente com relação às instituições estatais que superintendem a entrada e integração dos imigrantes no país. A maioria das imigrantes sente que o campo de ação destas instituições permanece cego às necessidades e dificuldades sentidas pelos imigrantes, independentemente das frequentes queixas que lhes fazem chegar. São inúmeras as consequências desta austeridade inflexível, que resulta como extremamente prejudicial para as imigrantes e, reversivamente, para o próprio país.

E1: (Associação de Estudantes São-Tomenses do Porto) *Essa ajuda, porque eles veem as situações de pessoas, o Presidente (...) apoia em arranjar emprego, aquela associação não pode fazer muito... (CNAI) eles lá deram apoio... é uma instituição que apoia em termos de documentação, mas fora disso não tive outros apoios... ; (...) falando em engravidar, até acho que muitas de nós, imigrantes, são-tomenses, africanas principalmente, não sei, engravidam porque através da gravidez conseguem documentos. Porque passam anos e anos cá e sem documentos. Então muitas de nós, mesmo não querendo ter um filho no momento que temos, engravidamos porque através do bebé (...) conseguimos papel para cartão de saúde.*

A4: (sobre o CNAI) *Tem casos que trabalham muito bem, sabem atender as pessoas, ajudam-as a encontrar um emprego.*

E3: (sobre o SEF) *Serviço de Estrangeiro, tratam muito mal aos imigrantes, houve um caso de Serviço de Estrangeiro na Loja do Cidadão que eu vi, fiquei muito triste da maneira como a funcionária tratou um imigrante, é muito triste.*

D3: (sobre o SEF e o tempo de demora entre o pedido de atendimento e a efetivação deste) (...) *eu acho que eles fazem de propósito para ultrapassar o prazo, e para não darem visto. Agora é assim, se eles não querem que as pessoas fiquem aqui, mais vale não dar visto de entrada! Não é? Do que trazer as pessoas para aqui, as pessoas estão a estudar, só o processo para estudar já é um bocado... já é difícil para os estudantes, e depois com esses problemas de SEF, os estudantes ficam mais frustrados ainda! Não há concentração possível, porque está-se em casa a pensar que, a qualquer momento, o SEF pode bater à porta e a pessoa regressar ao país. Eu acho que as coisas não podem funcionar assim.*

Por último, no que diz respeito à “Avaliação da experiência de migração”, a maio-

ria das pessoas consegue identificar aspetos positivos e negativos, sendo transversal um sentimento de maturação e crescimento pessoal, mas também de muitas dificuldades a superar.

*E1: Um lado positivo e outro lado negativo. Positivo porque tenho cá família e ajuda bastante; negativo porque se não tivesse cá ninguém, acho que já estaria em São Tomé há muito tempo. (...) é saber que tive cá uma filha que faleceu, e isso incomoda-me bastante. (...) o Estado não apoia muito nesses ramos, as pessoas imigrantes (...).*

*A4: (...) nós somos bem acolhidos...*

*E3: Foi uma experiência com a parte positiva e negativa. A positiva é que consegui fazer se calhar muitas coisas que lá não conseguia. A nível geral, não posso muito me queixar.*

*D3: Eu acho que o balanço é positivo, apesar das dificuldades. E eu acho que vale a pena imigrar, porque mundo sem migração acho que não fazia muito sentido... (...) o meu conselho é: quando encontrar dificuldades, se calhar, ou mudar para outro país, ou regressar e tentar outras coisas. Não ser teimosa como eu fui.*

### **Discussão dos resultados, observações e conclusões preliminares...**

Os imigrantes são-tomenses, particularmente as mulheres, na sua diáspora em geral enfrentam, muitas vezes, dificuldades na integração precoce (devido a barreiras intrínsecas e externas), mas ao longo do tempo e entre as gerações, o processo de integração é geralmente bem-sucedido. Os principais mecanismos identificados como facilitadores desse processo foram a aquisição de cidadania / nacionalidade (tempo de permanência em Portugal), e gradual adopção da língua, cultura e costumes da sociedade de acolhimento - desenvolvimento de uma participação social ativa e cada vez mais adaptada.

Portugal tem mostrado forte compromisso em melhorar a integração dos imigrantes através de políticas inclusivas, favorecendo a legalização e aquisição de dupla cidadania (quando o país de origem o permite) e de reagrupamento familiar, apresentando uma lei extremamente inclusiva em termos de políticas de integração comparativamente com a União Europeia, nomeadamente no que respeita ao livre acesso aos cuidados de saúde de mulheres grávidas e mães recentes. No entanto, da lei à prática, há uma série de lacunas que concorrem para piorar sistematicamente os indicadores de integração e saúde da população imigrante, nomeadamente a são-tomense.

Da investigação que continua em curso, pode já apontar-se que a maioria das queixas conta com aspectos não abrangidos na legislação, que facilitam a interpretabilidade da lei e a sua usurpação por parte de quem recebe os imigrantes.

A crescente burocratização associada às Instituições que o Estado Português disponibiliza para superintender e regular a entrada e integração dos imigrantes em território nacional tem vindo a ser extremamente danosa, vincando nos seus percursos de vida as dificuldades e vulnerabilidades decorrentes do processo migratório.

Através de procedimentos legais cegos às histórias individuais, aos objectivos pes-

soais, às intenções de concretização de projetos, à superlativa vontade de estudar e trabalhar para o progresso e melhoria das condições de vida, muitos são-tomenses vêm-se forçados a regressar ao país de origem. Levam consigo a frustração que é conceber a destituição de si mesmos como cidadãos do Mundo, resultante de erros administrativos e lapsos informáticos, numa encruzilhada legislativa, em busca de documentação e vistos de permanência. Outros permanecem nas sombras da ilegalidade, na coragem de quem não desiste. Uma vez destituindo-se também eles da sua própria cidadania, distanciando-se da consciencialização reflexiva de si mesmos, outras vezes trabalhando, “lutando, lutando e vencendo. Caminhando a passos gigantes na cruzada dos povos africanos” (“sic” Hino Nacional da República de São Tomé e Príncipe), em Portugal.

Categorias para Análise de Conteúdo	
Categorias	Subcategorias
Acesso e utilização dos Serviços de Saúde	Acesso ao SNS
	Percepção sobre o acesso/qualidade
	Comparação dos serviços Portugal – São Tomé
	Barreiras
	Facilitadores
	Falhas, necessidades e/ou sugestões de melhoria
Saúde geral, sexual e reprodutiva	Estado de saúde
	Acesso aos cuidados de saúde materno-infantis
	Dificuldades e estratégias para as ultrapassar
	Qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde
	Consequências da qualidade de atendimento
	Métodos anticonceptivos – Informação
	Métodos anticonceptivos – Uso e decisão
Processo Migratório	Duração da estadia em Portugal
	Motivos subjacentes ao processo migratório
	Adaptação ao país
	Situação documental
	Percepção sobre as Instituições de apoio
	Avaliação da experiência de migração

**Tabela 1** - Categorias estabelecidas na Análise de Conteúdo das entrevistas efetuadas às mães são-tomenses.

## Referências

- Barradas, R. (2005). Epidemiologia Social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (1), pp. 7-17.
- Bogdan, R. & Binklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Bunevicius, R., et al. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88, pp. 599-605.
- Caldas, J. (2007). *Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública*. In VII Jornadas de Sociología de la UBA: Pasado, presente y futuro de la sociología. Buenos Aires: Argentina.
- Carballo, M. (2009). Communicable Diseases. In A. Fernandes & J. Miguel (eds.), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society* (pp. 53-70). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Dias, S. & C. Rocha (2009). *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras*. Lisboa: ACIDI, Observatório da Imigração.
- Essen, B., et al. (2002). Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?. *BJOG*, 109 (6), pp. 677-82.
- Fedeli, U., Alba, N., Lisiero, M., Zambon, F., Avossa, F. & Spolaore, P. (2010). Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89 (11), pp. 1432-1437.
- Fernandes, A. & J. Miguel (2009). *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Fonseca, M. et al. (2009). MIGHEALTHNET - Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal. *MIGRARE Working Papers*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.
- Friel, S & Marmot, M. (2011). Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities Goes Global. *Annual Review of Public Health*, 32, pp. 225-236.
- Gushulak, B., Pace, P. & Weekers, J. (2010). Migration and health of migrants. In *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Harutyunyan, R. (2008). Pregnant African American women face barriers to health care. *The Associated Newspapers of Ceylon Ltd*. US Fed News Service: US State News.
- Ingleby, D., et al. (2005). The role of health in integration. In M. Fonseca & J. Malheiros (eds.), *Social integration and mobility: education, housing and health* (pp. 88-119). Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.
- Machado, M. et al. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Migrações*, 1, pp. 103-127.
- Malin, M. & Gissler, M. (2009). Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9 (84).



Martins, I., A. Faria, & G. Lage (2010). *Diversidade Cultural Urbana*. Porto: Gabinete de Estudos e Planeamento, Câmara Municipal do Porto.

Organização Mundial de Saúde (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.

Padilla, B. (2008). Saúde dos imigrantes: Protegendo direitos e assumindo responsabilidades. In A. Vitorino (ed.), *Migrações: Oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Lisboa: Principia.

Padilla, B. et al. (2009). Health and migration in the European Union: Good Practices. In A. Fernandes & J. Miguel (eds.), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Padilla, B. & J. Miguel (2009). Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action. In A. Fernandes and J. Miguel (eds.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society* (pp. 15-22). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Reeske, A. et al. (2011). Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11 (63).

Rumbold, A. et al. (2011). Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11 (16).

Savona-Ventura, C., Buttigieg, G. & Gatt, M. (2009). Obstetric outcomes in immigrants of African nationality. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 21 (3), pp. 147-152.

Schutte, J. M. et al. (2010). Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG*, 117 (4), pp. 399-406.

Sosta, E. et al. (2008). Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *J Travel Med*, 15 (4), pp. 243-247.

Terrasêca, M. (1996). *Referenciais subjacentes à estruturação de práticas docentes: análise dos discursos dos/as professores/as*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.